

Healthcare BCP 体制の構築に寄与する第三者評価方法の開発
—超高齢社会における災害医療拠点の役割—

令和2年（2020年）5月

一般社団法人 Healthcare BCP コンソーシアム

ご挨拶

一般社団法人 Healthcare BCP コンソーシアム（災害時福祉・医療機能存続事業連合体）は、「異なる視点や専門知識をもつ複数プレイヤーが参加することにより、単独では発想できない戦略・対策を創出し、地域における実効的な Healthcare BCP 体制を構築し、日本の災害医療の先駆けとなること」を目的として 2017 年に設立された組織です^{注1)}。

実効的な Healthcare BCP 体制の構築に寄与する多様なアプローチを試みる一環として、2019 年度から、災害拠点病院をはじめとした地域における災害医療で中核的な医療機能を発揮すべき病院の機能に関する第三者評価方法の開発に取り組んできました。コンソーシアム内にそのためのワーキンググループとして「地域におけるヘルスケア BCP 第三者評価基準検討分科会」を立ち上げ、日本救急医学会や日本臨床救急医学会の年次総会での共催シンポジウムなどの機会を通して、第三者評価の目的、対象や評価基準に関する議論を深めてきました。また、13 の災害拠点病院を含む 32 の労災病院を有する独立行政法人労働者健康安全機構との協働により、有志の災害拠点病院において、評価基準案を用いたピアレビューを行い、第三者評価方法の改定を進めています。すでに、本ピアレビューを受けることによる災害拠点病院側への効果の一端については、労働者健康安全機構の報告書としてまとめられています^{注2)}。

本報告書では、原点に立ち戻り、ワーキンググループで開発を進めている第三者評価方法が、現在の国難ともいえる新型コロナウイルス感染症をはじめとした地域の Healthcare BCP 体制の構築に寄与するのか、その理論的背景をまとめました。日本の災害医療の先駆けとしての意義をご理解いただけることと思います。

コンソーシアムでの取り組みは、国内のみならず国際的にも新しい視座を提供していると考えています。このことは、今後詰めていかななくてはならない課題が少なくないことも意味しており、ご関心のある多方面の方々のご理解をご支援が不可欠です。一般社団法人 Healthcare BCP コンソーシアムの活動への積極的なご参画を賜り、活発な意見交換を通じて、第三者評価の取り組みが広がり、実効的な Healthcare BCP 体制の構築につながることを願います。

令和 2 年（2020 年）5 月 31 日

一般社団法人 Healthcare BCP コンソーシアム
理事長 有賀 徹

注1) 一般社団法人 Healthcare BCP コンソーシアム ホームページ : <http://hcbcp.umin.jp/>

注2) 労働者健康安全機構. 災害に強い地域づくりを目指す労災病院. 令和元年度 労働者健康安全機構プロジェクト報告書、令和 2 年（2020 年）3 月.

【地域におけるヘルスケア BCP 第三者評価基準検討分科会メンバー（五十音順、敬称略）】

有賀徹^{1)※}、伊藤弘人^{1)※}、臼井瞭²⁾、小倉裕二³⁾、鷺坂彰吾⁴⁾、野口英一^{5)※}、長谷川仁志⁶⁾、林宗博⁴⁾、蛭間芳樹²⁾、牧賢郎⁷⁾、吉池昭一⁸⁾

¹⁾労働者健康安全機構、²⁾日本政策投資銀行、³⁾日本医療機能評価機構、⁴⁾日本赤十字社医療センター、⁵⁾戸田中央医科グループ、⁶⁾(株)4h Corporation、⁷⁾さいたま赤十字病院、⁸⁾相澤病院 ※執筆チーム

目 次

ご挨拶	1
要旨	3
はじめに	3
大規模災害における高齢化の影響	4
地震、風水害、火災、感染症	
病院に求められる災害対策の要件	8
労働者健康安全機構での取り組み	14
おわりに	17
参考文献	18
評価項目 (version 2.1)	21

要旨

災害時の医療拠点として災害拠点病院の整備が進められているが、その機能に関する整理は十分になされていない。本報告書では、高齢化社会における災害医療拠点の機能を明らかにするために、(1)被災者に占める高齢者の割合を確認し、(2)災害医療拠点に求められる要件を整理し、(3)ピアレビューを行いながら災害医療拠点機能を評価する評価基準を開発した。(1)地震、風水害、火災および感染症において、被災者に占める高齢者の割合は同時期の被災地の住民の高齢者割合と比較して高かった。(2)災害医療拠点の機能を示している取り組みには、災害拠点病院の要件、推奨される病院事業継続計画、日本医療機能評価機構の評価基準、日本政策投資銀行格付評価体系、および Healthcare BCP コンソーシアムの評価体系が存在した。評価の観点は、受援体制づくり、病院づくりおよび地域づくりに分類でき、災害に強い地域づくりと連動する評価は限られていた。(3) Healthcare BCP コンソーシアムでは、開発した評価基準に基づいて実施された労働者健康安全機構労災病院でのピアレビューでの意見交換をふまえ、評価基準を改定した。災害医療拠点を担う医療機関は、災害時に医療拠点機能を最大限に発揮するために、自院の事業存続のみならず、要介護者が災害時に押し寄せない仕組みを、地域の医療・介護組織と日頃から構築する必要がある。

1. はじめに

大規模災害における高齢化の影響が危惧される。わが国における65歳以上の高齢者の割合である高齢化率は世界一であり、2019年は28.4%¹⁾で、推計によると2025年には30%を超え、2040年には35%を超える²⁾。一方で、「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への政策転換³⁾は、慢性疾患を有し、治療を受けている高齢者が在宅で生活することを促すことを意味する。

大規模災害は、地域が潜在的に有している課題を、一気に、そして甚大な形で顕在化させると指摘されており^{4,5)}、在宅高齢者の大規模災害の影響を予測し、そのための対策を講じる必要がある。すでに我が国では、阪神淡路大震災(1995)、新潟中越地震(2004)、東日本大震災(2011)、熊本地震(2016)、西日本豪雨(2018)などの経験から災害現場での医療の枠組みが整備されてきた。

しかし、高齢化などの潜在的な課題が、大規模災害でいかに顕在化するか、また地域の災害レジリエンスの強化の観点からの病院の役割は何かに関する分析・考察は限られている。そこで本報告書では、高齢化を我が国における潜在的な社会課題として取り上げ、その対策と現状について振り返るとともに、示唆されるこれからの方向性について論じる。

2. 大規模災害における高齢化の影響

1) 目的

本章の目的は、大規模災害として、地震、風水害、火災および感染症を取り上げ、既存資料から、高齢化の影響をまとめるである。4つの災害を取り上げた理由は、(1) マグニチュード9クラスの南海トラフ地震と30年以内に70%の確率で起きるとされるマグニチュード7クラスの首都直下地震のリスクが高いため⁶⁾、(2) 全国の市町村の97%は河川の氾濫などの水害を10年間で経験している⁷⁾とともに台風や豪雨による風水害・土砂災害発生リスクが高まっているため⁸⁾、また(3) 病院内での火災対策の必要性が指摘されているため⁹⁾、さらに(4) 2019年末に確認された新型コロナウイルス感染症(COVID-19)は、2020年初から国内外での感染拡大が続いているためである。

2) 対象と方法

医学中央雑誌を含むインターネットでアクセス可能な方法で「地震」「風水害」「台風」「火災」「新型コロナウイルス感染症」を検索し、被災地域での代表性が担保されている学術論文や公的報告を抽出し、対象とした。公的報告とは、白書や厚生労働省ホームページで示されている政府資料を示す。

対象とした資料の結果から被災した高齢者の割合を算出し、総務省が公表している人口推計値と比較した¹⁰⁾。人口推計値は、災害のあった前年10月1日(感染症では2020年4月推計)の値を採用し、各資料に応じて結果を示した。

本報告書においては、被災者を「災害による死亡・行方不明者」と操作的に定義した。一般的には、被災者とは、傷病者や災害で被害を受けた者など全般を包摂するべきであるが、対象とした資料では、被災者に関する定義に統一性がなく、横断的な比較が難しくなるという限界がある。災害横断的に被災の程度を比較するという観点から、数値の信頼性が高く、災害による最も深刻な事態である死亡・行方不明者に限定した。

3) 結果

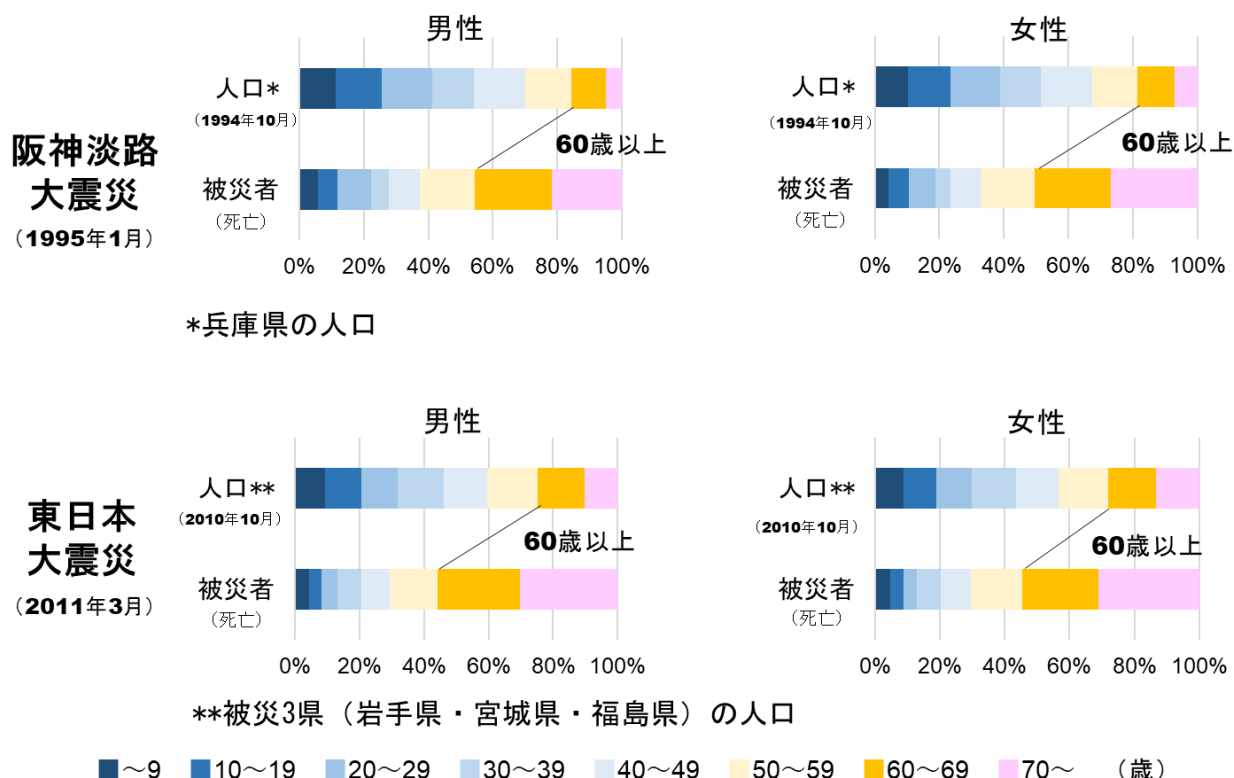
本報告書の目的に適合した学術論文・公的報告書として、地震で1件¹¹⁾、風水害で3件¹²⁻¹⁴⁾、火災で1件¹⁵⁾、感染症で1件¹⁶⁾が抽出された。比較・参照する人口推計値は、年齢階級の基準が内閣府・厚生労働省(60歳~69歳)^{11,16)}と総務省消防庁(61歳~70歳)¹⁵⁾では異なり、また高齢化率(人口に占める65歳以上の人口割合)のみしか得られない場合¹²⁻¹⁴⁾も存在した。

A) 地震

地震による高齢被災者の割合は、阪神淡路大震災(1995年)と東日本大震災(2011)年を取り上げ、被災地の被災前年(それぞれ前年10月)の人口構成を総務省の統計データを用いて算出した。阪神淡路大震災と東日本大震災の被災自治体の人口構成と被災者の人口構成を図1に示す。男女とも、人口構成に比較して被災者に占める高齢者割合が高かった。阪神

淡路大震災前年（1994年）の兵庫県における60歳以上の人口割合は20%であった一方、被災者に占める60歳以上の割合は58%（2.9倍）、70歳以上の割合は39%であった。東日本大震災の前年（2010年）の被災3県（岩手県、宮城県、福島県）における60歳以上の人口割合は32%であった一方、被災者では60歳以上が65%（2.0倍）、70歳以上が46%であった¹¹⁾。

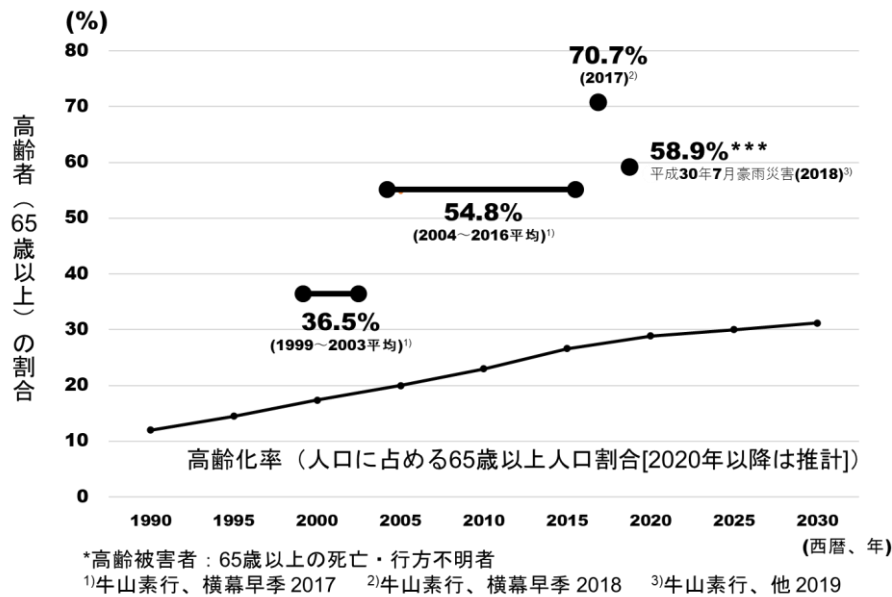
図1. 2つの大震災における年齢階級別被災者



B) 風水害

風水害における死亡・行方不明者に占める65歳以上の高齢者の割合は、牛山らが分析しており¹²⁻¹⁴⁾、65歳以上の高齢者の割合を図2に示す。風水害による被災者の中に占める高齢者割合は、わが国の高齢化率の上昇を上回る傾向が認められた。高齢者割合は、1999年からの5年間では36.5%であったものが、2004年からの13年間では54.8%に、2017年は70.7%（平成30年7月豪雨災害では58.9%）となっていた。

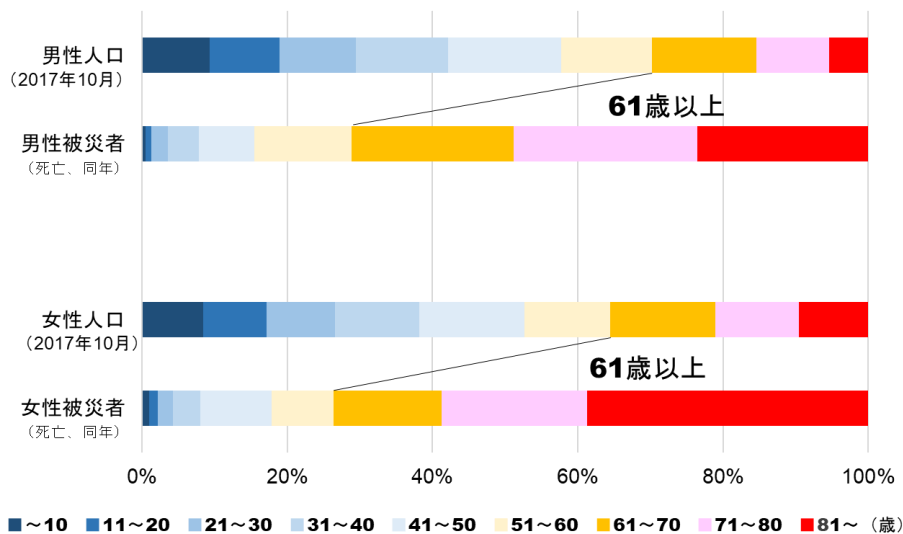
図2. 風水害による高齢被災者*



C) 火災

火災における被災者に占める65歳以上の割合は66.5%で、女性が69.5%と男性の64.8%より高かった¹⁵⁾。報告された分類による高齢者（61歳以上）の割合を同時期の人口割合と比較したものが図3である。被災者に占める61歳以上の割合（同時期の人口割合）は72.0%(32.8%)で、人口構成の割合より高かった。男女での割合（同）は、女性は73.6%(32.8%)で、男性は71.1%(29.8%)であった。

図3. 火災による被災者（年齢階級別）

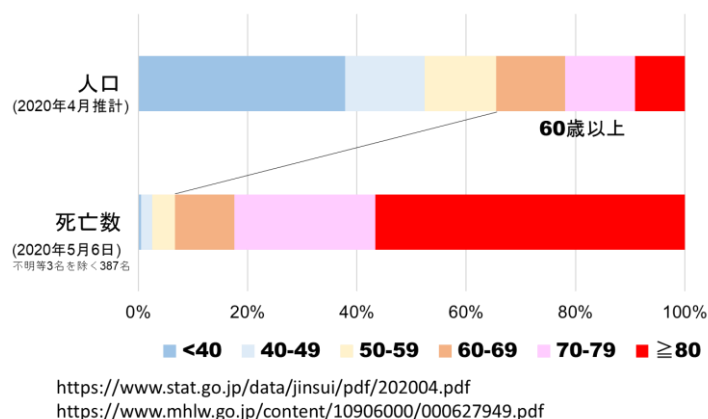


注：年齢不詳（10名）、放火自殺者等（310名、高齢者割合45.9%）を除く
 出典：総務省消防庁、平成30年消防白書。

D) 感染症

厚生労働省ホームページに掲載されている「新型コロナウイルス感染症の国内発生動向（令和2年5月6日18時時点）」¹⁶⁾と、同年4月の人口推計値を図4に示す。高齢者（60歳以上）は、全人口の34.5%である一方、新型コロナウイルス感染症による死亡における高齢者割合は93.3%であった。

図4. 新型コロナウイルス感染症による死亡
(年齢階級別)



4) 本分析の限界

地震、風水害、火災および感染症を取り上げ、大規模災害における高齢化の影響を考察する前に、以上の分析の限界をまとめる。第1に本分析における被災者は、報告のばらつきによるバイアスを抑えるために、災害による死亡・行方不明者に限定しており、被災による傷病者、災害で被害を受けた者は含まれていない。第2に、年齢階級の定義など、高齢者の定義は、厳密には同じ基準ではない。一般に高齢者は65歳以上とされているが、報告により60歳以上であり、また61歳以上である場合がある。ただし、比較した人口構成は、同じ基準としているため、各分析における高齢化の影響を考察することは可能である。

5) 考察

大震災、風水害、火災および感染症の被災者の中に占める高齢者の割合が高いことは明らかである。その傾向は、高齢になるほど高く、風水害では被災者に占める高齢者割合が高齢化のスピード以上に高くなっていることも明らかとなった。

人口に占める高齢者割合は、2005年に世界一の水準になって以降、50年以上世界一の高齢者割合を続けると推計されている²⁾。我が国では65歳以上の「単独世帯数」の増加も確実であり、2040年には2015年比43%増の896万人、南関東では2015年比56%増の276万人と推計されている¹⁷⁾。

災害時に高齢者へのニーズのすべてを、災害医療拠点が満たすことは、現実的には不可能である。大規模災害のリスクが高まる我が国において、高齢者の災害時の支援の在り方を「事前」に準備するために、地域の医療・介護組織へ事前の準備を促すことが、災害拠点病院の大きな役割であることを、本結果は示している。

3. 病院に求められる災害対策の要件

1) 目的：災害時に求められる医療拠点の要素

大規模災害における高齢化の影響を抑えるためには、地域における災害医療で中核的な医療機能を発揮すべき病院の機能とは何か。本章では、これらの災害対策に関する病院の要件・基準を整理・分類することにより、(1) 災害時の医療拠点の要素を整理し、(2) 概念的な枠組みを論じる。

2) 対象と方法

対象は、厚生労働省が示す災害拠点病院の要件、および病院医療の質を第三者の観点からの評価基準とした。後者については、公表されている全国組織による評価の基準の中で、災害対策における医療機関の役割を示す領域の内容である。有識者へのヒアリングに加え、インターネットで「災害医療」「評価」「基準」で検索し、次の5つの事例が抽出された。

- (1) 災害拠点病院の要件（厚生労働省）^{18,19)}
- (2) 災害拠点病院で義務化された事業継続計画のモデル²⁰⁾
- (3) 日本医療機能評価機構の評価基準²¹⁾
- (4) 日本政策投資銀行 BCM 格付融資のための評価基準²²⁾
- (5) Healthcare BCP コンソーシアム²³⁻²⁶⁾のピアレビューの基準

厚生労働省の示す災害拠点病院の要件は、病院の内外での事項という観点から分類・整理した。すなわち、(1) 院内Ⅰ（発災時に継続すべき通常業務に関する事項）、(2) 院内Ⅱ（発災時に急増する医療ニーズに対応するための災害時応急業務に関する事項）、および(3) 院外（派遣・搬出・搬入に関する事項）の3分類である。

第三者による認定要件と融資要件については、病院と災害レジリエンスに関する国内外の学術論文から、(a)「病院づくり」に関する領域（圏域外への医療支援を含む）と、(b)「地域づくり」に関する領域に分類した。また国内では、内閣府（防災担当）が「地方公共団体のための災害時受援体制に関するガイドライン」²⁷⁾を策定していることから、(c)「災害時の受援体制づくり」を「病院づくり」から分離し、(a)～(c)でわが国での災害時の医療拠点の要件と評価基準を分類した。

3) 結果

A) 災害拠点病院の要件（表1）

災害時に災害拠点病院に求められる機能として、2012年（2019年改定）に厚生労働省が示した災害拠点病院の施設要件^{18,19)}を、病院の医療機能の存続、急増する医療ニーズへの対応、外部への派遣という観点で表1に整理した。2019年7月の改定で一定の水の確保と電力システムの整備に関する要件が厳格になっていた。

B) 第三者による認定要件と融資要件（表2）

第三者による認定と融資格付けにおいて、災害対策に関する領域が、複数の取り組みの中

に存在していた。厚生労働省から推奨例として示されている事業継続計画（Business Continuity Planning: BCP）では、災害対応のための事前準備、急性期災害対応、フェーズ・ニーズの動向への対応が柱となっていた²⁰⁾。なお、東京都では、災害拠点病院におけるBCPの考え方として、次を示していた。

【災害拠点病院（東京都）】²⁸⁾

1. 基本的な考え方（BCPの方針、策定体制、現況の把握、被害の想定、優先業務の抽出）
 2. BCP行動計画（業務方針、担当部門・責任者、目標レベル、目標時間、役割及び活動内容、実施に必要な資源 [必要情報／体制／物品／場所]、課題）
 3. 課題と今後の取組方針（現況の課題と改善に向けた取組、訓練・教育の取組、点検・是正の取組、見直しの取組）
- 参考資料（マニュアルなど）

2018年から日本医療機能評価機構（1995年設立）で用いられている評価基準では、火災や大規模災害を想定した対応体制が整備され、訓練や備蓄等が行われていることを評価の視点としていた²¹⁾。

2012年から格付けを開始した日本政策投資銀行におけるBCM（Business Continuity Management: 事業継続マネジメント）の評価では、防災領域（生命安全確保や法定範囲内の取り組み）と事業継続マネジメント領域（経営戦略としての取り組み）に関して災害への備えを評価していた²²⁾。

2019年から、Healthcare BCPコンソーシアムでは、災害に強い地域づくりをめざした病院を評価する項目を、海外での提言²⁹⁾を参考にしつつ開発し、ピアレビューを開始していた²³⁻²⁶⁾。その評価項目の柱には、従来の院内体制に加え、地域の医療・介護を提供する組織や日常業務での取り組みや、メディカルコントロール協議会やライフライン組織との日常的な交流を評価していた。

表 1. 災害拠点病院の要件

業務	院内（継続すべき通常業務）	院内（災害時応急業務）	院外（派遣・搬出・搬入）
機能	災害影響の吸収と医療機能の維持	急増する医療ニーズへの対応	地域医療への支援・圏域外への支援
運営	<ul style="list-style-type: none"> 業務継続計画 業務継続計画に基づく研修・訓練 	<ul style="list-style-type: none"> 24時間緊急対応 傷病者等の受け入れ体制（EMIS機能不能時の一時的重症傷病者の受け入れを含む） DMAT受け入れ体制（待機場所・担当者） 救命救急センター※又は第二次救急医療機関 ※災害医療のための研修室 	<ul style="list-style-type: none"> 傷病者等の搬出体制 ヘリコプターによる輸送（傷病者・医療物資等） DMAT派遣体制（※複数DMAT） 定期的訓練（第二次救急医療機関、地域医師会、日本赤十字社等の医療関係団体）／地域の医療機関へ災害時の支援を行うための体制 ヘリコプター搬送際同乗する医師の派遣
施設・設備	<p>【施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療施設の耐震構造（※全施設） <p>【設備】</p> <ul style="list-style-type: none"> 衛星電話・衛星回線インターネットの利用環境および複数の通信手段 <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> 食料、飲料水、医薬品等（3日分程度備蓄）、多数の患者の来院、帰宅困難職員を想定、地域の関係団体・業者との協定の締結 	<p>【施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> 病棟（病室、ICU等）、診療棟（診察室、検査室、レントゲン室、手術室、人口透析室等） 対応スペース・備蓄スペース（通常の入院2倍、外来5倍程者） 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機および3日分程度の備蓄燃料の確保、切り替え可能な他の電力系統（都市ガス使用の場合）、自家発電機等からの電源の確保、使用可能性の検証（設置場所留意） 災害時の診療に必要な3日以上の水の確保（3日以上の水槽または停電時にも使用可能な地下水利用設備、優先的な給水協定の締結） <p>【設備】</p> <ul style="list-style-type: none"> 多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な診療設備 患者の多数発生時用の簡易ベッド 	<p>【設備】</p> <ul style="list-style-type: none"> 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）参加 情報入力体制整備（複数担当者・研修・訓練） 被災地における自己完結型の医療に対応出来る携行式の応急用医療資器材、応急用医薬品、 TENT、発電機、飲料水、食料、生活用品等 トリアージ・タッグ <p>【搬送関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> ヘリコプターの離着陸場（病院近接地に離着陸場＋患者搬送用緊急車輛：※病院敷地内に離着陸場） DMATや医療チームの派遣に必要な緊急車輛

※基幹災害拠点病院の要件^{18,19)}

注意：主要な業務を優先した便宜的な整理で、複数の業務に係る要件もある。

表 2. 医療機関における災害対策に関する項目

病院 BCP (指針) ²⁰⁾	日本医療機能評価機構 機能種別版 評価項目一般病院3 <3rdG:Ver. 2.0> ²¹⁾	日本政策投資銀行 BCM 格付評価体系 ²²⁾	Healthcare BCP の評価項目 (ver. 1.2)
<p>はじめに</p> <p>第 I 章：災害対応基本方針</p> <p>第 II 章：BCP に基づいた災害対応のためのチェック項目</p> <p>第 III 章：災害対応のための事前準備</p> <p>組織（委員会、対策本部、職員の研修、訓練）、物品、情報伝達手段（衛星電話、EMIS など）、情報収集・管理体制など</p> <p>第 IV 章：急性期災害対応（従来の災害対応マニュアルに相当）</p> <p>第 V 章：フェーズ、ニーズの動向への対応（急性期・慢性期対応） * 病院避難</p> <p>医療支援者対応（DMAT、その他の医療班、学生、ボランティア）／物流対応／臨時勤務態勢の確立（休息）／災害時要救援者への対応（院内の動けない患者、透析患者、人工呼吸器患者）／災害モードの収束、終了：病院機能の復旧、平常診療へ</p> <p>第 VI 章：帳票類、各種記録・報告用紙、付表など</p>	<p>4. 理念達成に向けた組織運営</p> <p>4.6 病院の危機管理</p> <p>4.6.1 災害時の対応を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】</p> <p>○ 火災や大規模災害を想定した対応体制が整備され、訓練や備蓄等が行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 火災発生時の対応 ・ 緊急時の責任体制 ・ 停電時の対応 ・ 大規模災害時の対応 ・ 病院の機能存続計画に基づいた災害訓練の実施 ・ 災害派遣医療チームや医療救護班の派遣や受け入れの対応 	<p>【防災】 人命安全確保のための防災対策</p> <p>A 企業防災体制の整備</p> <p>B 生命安全確保策の整備</p> <p>C 地区・地域防災における共助</p> <p>D 防災訓練（緊急対応・初動対応訓練）</p> <p>E 防災上の優れた取り組み</p> <p>F コンプライアンス</p> <p>【BCM】 事業継続の方針・目標、戦略、実効性向上</p> <p>G 基本方針の策定、事業継続体制の構築、事業継続リスクアセスメント</p> <p>H 事業影響度分析（BIA）</p> <p>I 事業継続の戦略検討</p> <p>J 事業継続計画上の優れた取り組み</p> <p>K サプライチェーン／バリューチェーンのリスクマネジメント</p> <p>L 事業継続の教育・訓練と見直し</p> <p>M 地域 BCM・地域復興への貢献</p> <p>N 能動的なリスクコミュニケーション、危機管理広報</p> <p>O 事業継続マネジメント上の優れた取り組み</p>	<p>1 地域における災害対策の基盤となる取組み</p> <p>1.1 災害拠点病院としての機能存続と地域におけるリーダーシップ</p> <p>1.2 医療・介護連携による災害対策の推進支援</p> <p>1.3 地域における防災力の向上への支援</p> <p>2 地区防災計画と地域包括ケアとの連動の把握と支援</p> <p>2.1 災害への備えとなる「日常」の取り組み</p> <p>2.2 「災害時」のための取り組み</p> <p>2.3 復興・復旧を念頭においた取り組み</p> <p>3 医療機関の被災の程度に応じた地域としての方針の明確化（略）</p> <p>3.1 全ての災害に共通した方針の明確化</p> <p>3.2 タイプ I：災害拠点病院の機能が低下・停止する場合の方針の明確化</p> <p>3.3 タイプ II：地域の医療機関が被災し、医療機能が低下した場合の方針の明確化</p> <p>3.4 タイプ III-1：複雑な集団災害事象が発生した場合の方針の明確化</p> <p>3.5 タイプ III-2：災害後に医療機能が残存している場合の方針の明確化</p>

4) 考察

病院への災害対策を促す取り組みは、必須要件（災害拠点病院）、推奨要件（日本医療機能評価機構の認定）、融資要件（日本政策投資銀行格付）および自主的取り組み（Healthcare BCP コンソーシアムのピアレビュー）と、多様なレベルでの取り組みが始まっていることが明らかになった。また、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team: DMAT）³⁰⁾や日本赤十字社の災害救護などの支援チームにより、外部から被災地の医療ニーズに応える取り組みも存在する³¹⁾。

これらを災害レジリエンスの強化という被災地の病院の観点で、海外でのまとめ^{29, 32, 33)}を参考にしながら整理すると、表3となる。すなわち、「受援体制づくり」と「病院づくり」は、災害拠点病院の要件、厚生労働省の例示する事業継続計画、日本医療機能評価機構の評価基準、および日本政策投資銀行格付融資の要件での主要な領域であった。DMATと日本赤十字社の災害援護も、基本的に「病院づくり」に分類できると考えられた。これに対し、「地域づくり」を目指す取り組みとして、日本政策投資銀行格付融資の要件と、Healthcare BCP コンソーシアムの評価基準が存在していた。

表3. 災害レジリエンスのタイプと特徴

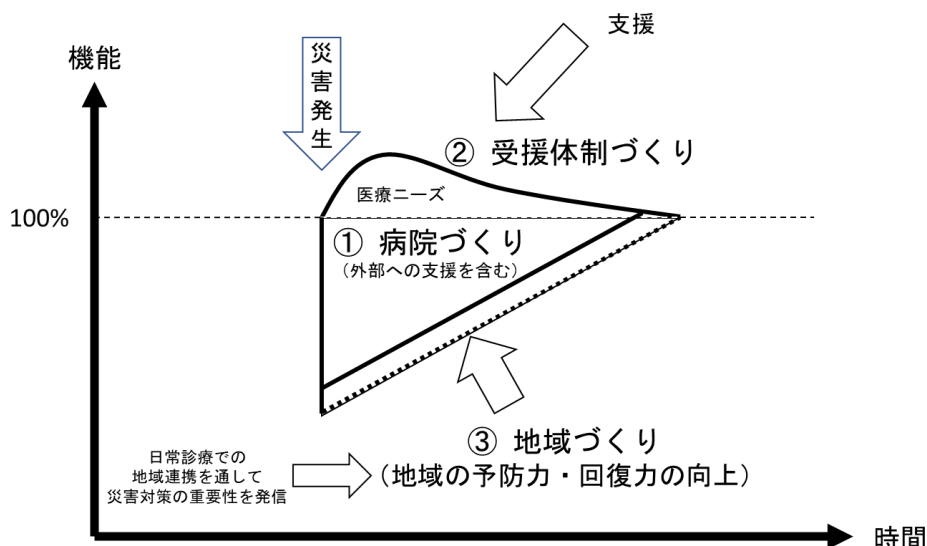
タイプ（目標）		目的	拠点 ^{A)}	BCP ^{B)}	機構 ^{C)}	DBJ ^{D)}	HBC ^{E)}
受援体制づくり		被災時の医療ニーズを外部から満たす支援への備え	◎	◎	○	—	—
病院づくり（圏域外への医療支援を含む）		①災害への抵抗と影響の吸収 ②本質的な機能の維持 ③災害前の状態への回復のための病院の備え					
		① 地域における災害影響の最小限化 ② 地域レジリエンスの向上 を実現するうえでの、生存に不可欠なサービスを提供するための病院の備え	◎	◎	◎	◎	○
地域づくり	1) 圏域と責任主体が明確な制度の国	同上					
	2) 上記以外の制度の国（日本など）	災害レジリエンスを高める病院の備え（災害に強い地域づくりを目指した Healthcare BCP）	—	—	—	○	◎

A) 災害拠点病院（厚生労働省）^{18, 19)} B) 病院 BCP（事業継続計画）²⁰⁾ C) 日本医療機能評価機構²¹⁾ D) 日本政策投資銀行 BCM 格付²²⁾ E) Healthcare BCP コンソーシアム

以上の整理を、国際的に理解されている模式図^{32, 34)} およびわが国での経験³⁵⁾をベースに図5に概念的な枠組みをまとめた。災害発生時に、急増する医療ニーズに応じるために、外部からの支援が必要であり、また被災地の病院は、外部からの支援チームを受け入れる受援体制づくりが求められる。同時に、災害への影響を最小限にして基盤的な医療機能を維持するための病院づくりが必要である。

さらに、災害時の医療拠点は、大規模災害時における人的被害を減らす「縮災 (disaster resilience)」をめざし、日常診療から災害に強い「地域づくり」に寄与する役割があると考えられる。医療計画は2次医療圏で整備される一方で、地域防災計画は市町村で作成されており、行政上で医療・災害対策の連動・統合には課題がある。公衆衛生の拠点である保健所は、災害に強い地域づくりを平時から進めている医療拠点と日常的に協力した上で、災害時には地域保健医療全体へのリーダーシップを発揮することが求められる。

図5. 病院からみた災害レジリエンス



5) 課題

本報告書では、病院に求められる災害対策の要件を網羅的にまとめたものの、課題もある。病院の要件や評価基準は、あくまで「あるべき姿」としての要件や基準であり、実際の病院の状況を示すものではない。また、本報告でとりあげた要件や評価基準は2012年以降に開発・稼働しているものであり、その運用および広がり確認は今後の課題として残されている。

6) 評価項目の改定 (巻末資料)

ヘルスケア BCP コンソーシアム・地域におけるヘルスケア BCP 第三者評価基準検討分科会では、評価基準を開発した (version 1.0, 表2)。その後、次に示す労働者健康安全機構の組織である労災病院で開催されたピアレビューでの経験を踏まえ、評価項目を改定した (version 2.1、巻末資料)。

4. 労働者健康安全機構での取り組み

1) 災害拠点病院でのピアレビューの開催

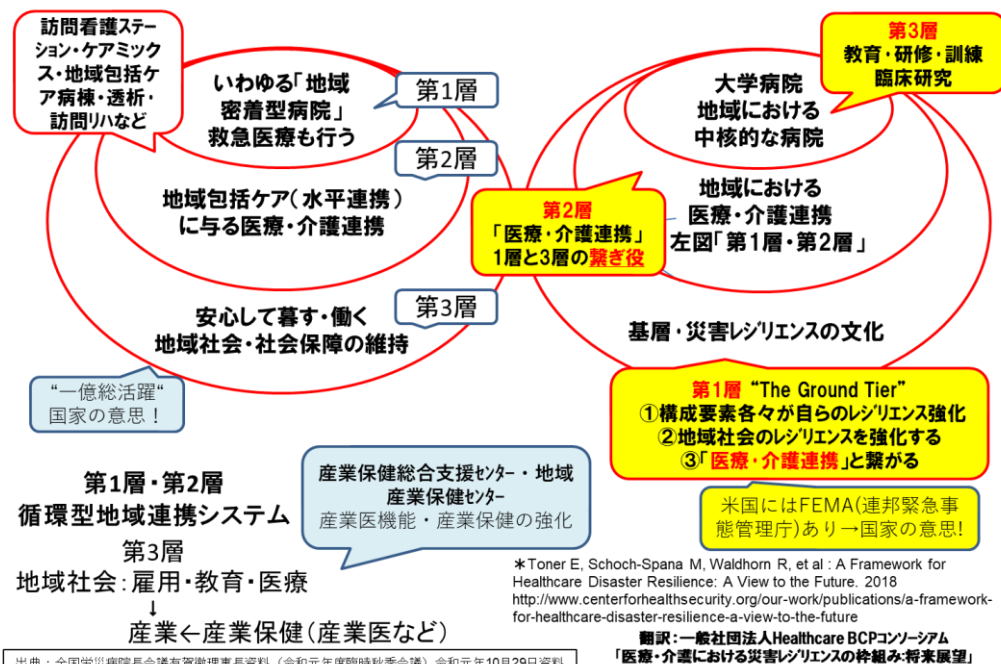
労働者健康安全機構は、32の労災病院を有するとともに、地域医師会と密接な関係のある47産業保健総合支援センターと350の地域産業保健センター（相談窓口）、および研究所等を有する職員約16,000人の組織である。労災病院のうち13病院は災害拠点病院であるため、Healthcare BCPコンソーシアムが示す災害医療拠点機能の強化の一助となるために、開発した評価項目を用いたピアレビューを東京労災病院（2019年7月）と関東労災病院（同10月）で実施した。ピアレビューには、地域におけるヘルスケアBCP第三者評価基準検討分科会のメンバーが参加し、受け入れ病院の災害医療拠点機能の強化に関する意見交換とともに、評価基準の改定に関する意見交換を行った（図6）。

図6. 関東労災病院でのピアレビュー



労働者健康安全機構でのピアレビューの活動はすでに報告書となっている³⁶⁾。本章では、受け入れた病院組織側の意義を報告書等から抜粋して示す。

図7. 災害レジリエンスに与る3層構造（右図）と地域包括ケアの体系を俯瞰する体系的なヘルスケアシステム（左図）



出典：全国労災病院長会議有賞副理事長資料（令和元年度臨時秋季会議）令和元年10月29日資料

ピアレビュー当日は、まず図7に基づいて、ピアレビューの意義が示された。Healthcare BCP コンソーシアムが翻訳した「医療・介護における災害レジリエンスの枠組み：将来展望」²⁹⁾を模式化し、および(2)地域医療支援病院／地域密着型病院の役割が報告された。

「高度急性期・急性期病院／地域中核病院の役割」に関しては、図7の右図を用い、①災害レジリエンスの強化には地域を3層構造でとらえることが有用であること、②第3層である地域における中核的な病院・大学病院から第2・3層への発信が重要であること、③このピアレビューは、中核病院・大学病院からの第2・3層への発信を評価するものであることが紹介された。

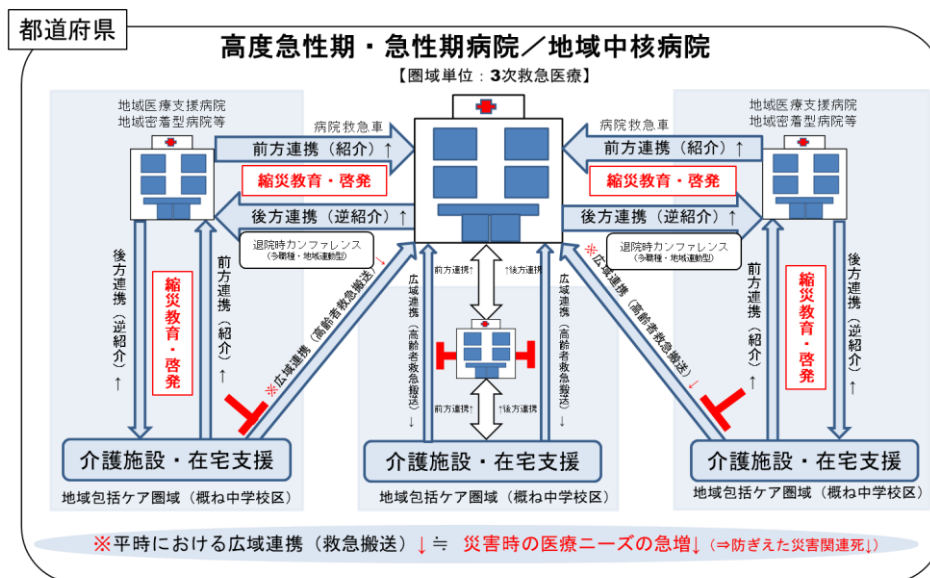
「地域医療支援病院／地域密着型病院の役割」に関しては、右図を類比した左図を用い、地域包括ケア（水平連携）に与る医療・介護連携の第2層、そして安心して暮らす・働くための第3層への発信が重要であることを示した。

以上の2類型を、さらに具体的に図8・図9で示している。

2) 日常診療に災害への備えを組み込む

高度急性期・急性期病院／地域中核型病院は、地域医療支援病院／地域密着型病院との連携を通じて、日頃の災害対策の重要性を発信する必要がある(図8)。ただし、これらの病院では、直接介護施設・在宅施設と連携をとる機会は少ないことが考えられるため、地域包括ケアへの発信は、次の地域医療支援病院／地域密着型病院の役割が重要となる。

図8. 日常の医療連携や医療・介護連携を通じた縮災教育・啓発
—高度急性期・急性期病院／地域中核病院—



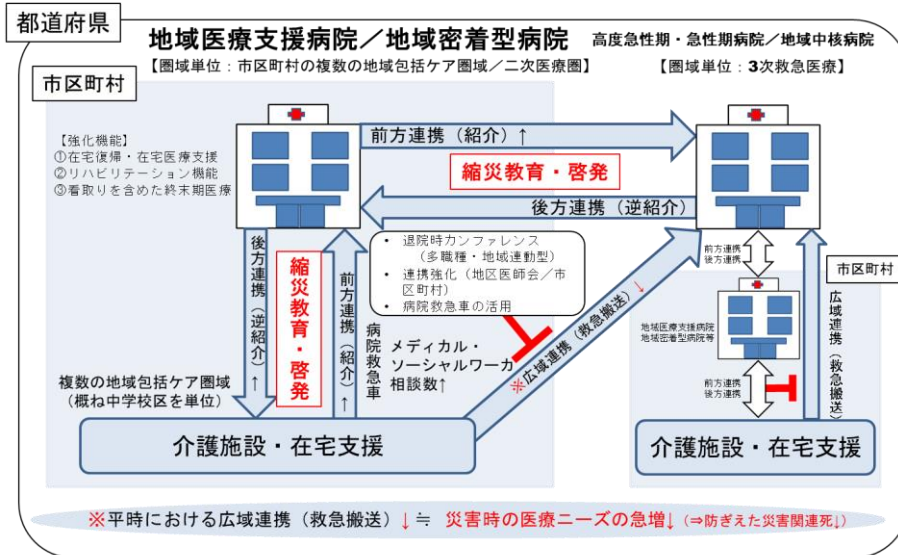
出典：労働者健康安全機構。災害に強い地域づくりを目指す労災病院。令和元年度 労働者健康安全機構プロジェクト報告書、2020年3月。

地域医療支援病院／地域密着型病院には、介護施設・在宅施設との連携強化に加え、高度急性期・急性期病院／地域中核病院との連携という2つのレベルでの連携を通じて、災害対策の重要性と在り方に関するメッセージを発信することが期待されるとする(図9)。

地域医療支援病院／地域密着型病院では、退院カンファレンスや地域連携会議の機会を

通して、介護施設・在宅施設と高度急性期・急性期病院／地域中核病院に対して、粘り強く災害対策の重要性を伝える必要があることが示されている。

図9. 日常の医療連携や医療・介護連携を通じた縮災教育・啓発
—地域医療支援病院／地域密着型病院—



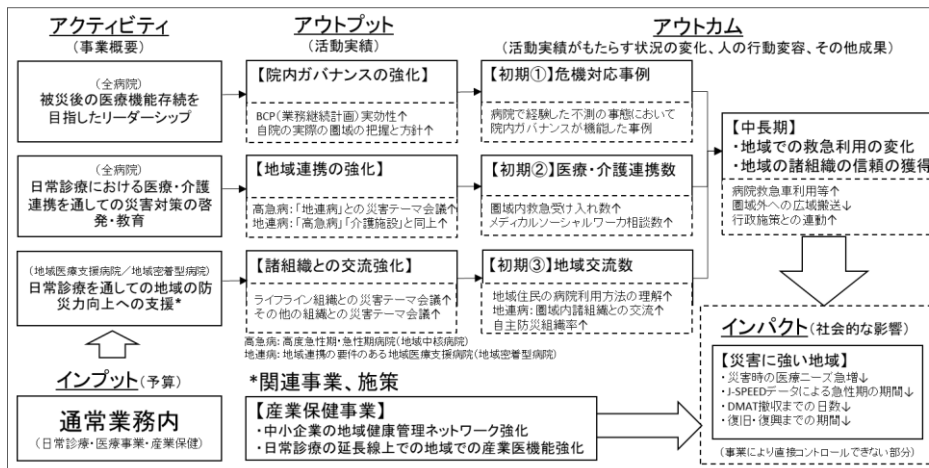
出典：労働者健康安全機構。災害に強い地域づくりを目指す労災病院。令和元年度 労働者健康安全機構プロジェクト報告書、2020年3月。

3) 災害に強い地域づくりへのロードマップ（仮説）

労働者健康安全機構では、ピアレビューの経験に基づき、災害に強い地域づくりに寄与するロードマップを、仮説的に図10にまとめている。災害時にも地域で求められる医療ニーズに対応するためには、通常業務の中で、地域の多様な組織や関係者と日頃から連携を強化し、折々に災害対策の重要性を発信する必要性が指摘されていた。

図10. 災害に強い地域づくりへのロードマップ（仮説）

解決すべき問題・課題	<ol style="list-style-type: none"> 被災後の医療ニーズの高くない避難者の来院による、災害医療機能の低下 軽症者の広域救急搬送数の増加による、地域の救急医療システムの危機 被災時のサプライチェーンの途絶による、診療継続の危機／地域産業継続の危機
上記問題・課題と事業との関係	<ol style="list-style-type: none"> 地域の医療・介護組織の災害対応能力の向上により、被災時に地域で求められる医療の提供を継続 圏域内での連携に基づく入院の増加により、広域救急搬送数の減少 被災時に地域に求められる医療機能の提供の継続／地域企業の事業継続の産業保健からの支援



出典：労働者健康安全機構。災害に強い地域づくりを目指す労災病院。令和元年度 労働者健康安全機構プロジェクト報告書、2020年3月。

5. おわりに

本報告書では、高齢化を我が国における潜在的な社会課題として取り上げ、その対策と現状について振り返るとともに、示唆されるこれからの方向性について論じた。その結果、災害時に高齢者は脆弱であること、災害対策に関する多様な要件がすでに存在すること、中でも地域の災害レジリエンスを強化する必要があることが明らかになった。

災害医療拠点とは、災害時に当該地域の医療を担う、なくてはならない存在である。災害時に医療拠点機能を最大限に発揮できるように、自院の事業存続のみならず、要介護者が災害時に押し寄せない仕組みを、地域の医療・介護組織と日頃から構築する必要があることを、本報告書は示している。

重要なのは、地域の医療・介護組織との連携など、本取り組みで評価することは、病院側に新規事業を求めるものではない点である。日頃の前方・後方連携の取り組みの延長で、災害に関する教育や訓練を促すことが、中長期的に地域の災害医療拠点機能を高めるという観点から、評価基準は構成されている。地域の医療・介護施設での連携が日常的に機能していれば、被災時にも災害医療拠点以外で要介護者を受け入れ、災害医療拠点の機能を発揮できる可能性が高まる。

本報告書で推奨する「災害医療拠点が診療圏における災害レジリエンスを強化する拠点機能」は、自治体の境界で分断されている医療圏においても災害に強い地域づくりを進める広域地域でのゆるやかな公的役割ともいうことができる。このことは、いかに社会保障制度改革が進んでも、地域に求められる災害医療拠点機能は、地域になくてはならない存在として認識される可能性が高いことを意味する。

本報告書では、最後に、Healthcare BCP 体制の構築に寄与する第三者評価の評価項目 (version 2.1) を示している。一般社団法人 Healthcare BCP コンソーシアムでは、評価項目の改定を続けるとともに、ピアレビューを通じて評価方法をさらに洗練させていく予定である。

本報告の一部は 2019 年開催の第 22 回日本臨床救急医学会総会（和歌山）および第 47 回日本救急医学会総会（東京）で発表した。

参考文献

1. 総務省統計局. 高齢者の人口. <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1211.html> (最終アクセス : 2019.11.8)
2. 内閣府. 令和元年版高齢社会白書 (2019). <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html> (最終アクセス : 2019.11.8)
3. 社会保障制度改革国民会議. 社会保障制度改革国民会議報告書 (2013). <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf> (最終アクセス : 2019.11.8)
4. 室崎益輝、富永良喜. 災害に立ち向かう人づくり : 減災社会構築と被災地復興の礎. ミネルヴァ書房、2018.
5. 目黒公郎. 防災・減災のための地域づくり. アカデミア 118: 2-17, 2016. http://www.jamp.gr.jp/academia/pdf/118/118_04.pdf (最終アクセス : 2019.11.8)
6. 内閣府. 平成 26 年版防災白書 (2014). http://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho/h26/honbun/0b_1s_02_00.html (最終アクセス : 2019.11.8)
7. 内閣府. 市町村のための水害対応の手引き(2016). http://www.bousai.go.jp/taisaku/chihogyomukeizoku/pdf/suigai_tebiki_all.pdf (最終アクセス : 2019.11.8)
8. 内閣府. 水害被害 (風水害・土砂災害) .<http://www.bousai.go.jp/kyoiku/hokenkyousai/suigai.html> (最終アクセス : 2019.11.8)
9. 日本病院会災害医療対策委員会. 病院等における実践的防災訓練ガイドライン (2018). https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20180529_01.pdf (最終アクセス : 2019.11.8)
10. 総務省統計局. E-STAT. <https://www.e-stat.go.jp>. (最終アクセス : 2019.12.23)
11. 内閣府. 東日本大震災と阪神・淡路大震災における死者数. 平成 23 年版防災白書. http://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho/h23/bousai2011/html/honbun/2b_sanko_siryu_06.htm (最終アクセス : 2019.11.8)
12. 牛山素行、横幕早季. 1999～2016 年の豪雨災害による人的被害の特徴. 第 36 回日本自然災害学会講演会公演概要集 (suppl) 53-54, 2017. <http://www.disaster-i.net/notes/2017jsnds.pdf> (最終アクセス : 2020.5.21)
13. 牛山素行、横幕早季. 2017 年の豪雨災害による人的被害の特徴. 東北地域災害科学研究 54: 131-136, 2018. <http://www.disaster-i.net/notes/2018tohoku.pdf> (最終アクセス : 2020.5.21)
14. 牛山素行、本間基寛、横幕早季、他. 平成 30 年 7 月豪雨災害による人的被害の特徴. 自然災害科学 38: 29-54, 2019. https://www.jsnds.org/ssk/ssk_38_1_029.pdf (最終アクセス : 2020.5.21)
15. 総務省消防庁. 平成 30 年消防白書. <https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/h30/> (最終アクセス : 2019.11.8)
16. 厚生労働省ホームページ. 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向. <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000627949.pdf> (最終アクセス : 2020.5.18)
17. 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の世帯数の将来推計 (2019 年推計) : 家族類型別世帯主 65 歳以上の世帯数の推移[単身世帯]、2019. <http://www.ipss.go.jp/pp-pjsetai/j/hpjp2019/gaiyo/data.asp> (最終アクセス : 2019.11.8)

18. 厚生労働省医政局長. 災害拠点病院指定要件の一部改正及び医療機関の平時からの協定締結の必要性について (平成 30 年 9 月 5 日). <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000356993.pdf> (最終アクセス : 2020.1.29)
19. 厚生労働省医政局長. 災害拠点病院指定要件の一部改正について (令和元年 7 月 17 日). <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000529357.pdf> (最終アクセス : 2020.1.29)
20. 厚生労働省医政局指導課長. 病院における BCP の考え方に基づいた災害対策マニュアルについて. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-lseikyoku/0000089048.pdf> (最終アクセス : 2020.1.29)
21. 日本医療機能評価機構. 病院評価事業 機能種別版評価項目 一般病院 3 <3rdG:Ver. 2.0>. <https://www.jq-hyouka.jcqh.or.jp/> (最終アクセス : 2020.1.29)
22. 日本政策投資銀行. DBJ BCM 格付. <https://www.dbj-sustainability-rating.jp/> (最終アクセス : 2020.1.29)
23. ヘルスケア BCP コンソーシアム. ヘルスケア BCP コンソーシアムホームページ. <http://hcbcp.umin.jp/> (最終アクセス : 2019.11.8)
24. 有賀徹、野口英一. Healthcare BCP コンソーシアムの取り組み. 救急医学 42: 1823-1829, 2018.
25. 有賀徹、野口英一. 「一般社団法人 Healthcare BCP コンソーシアム」設立の意義. 日臨救急医学会誌 22: 75-82, 2019.
26. 中尾博之、有賀徹、坂本哲也、他. 一般社団法人 Healthcare BCP コンソーシアムを拠点として守る災害時の命と健康. 保険医療科学 68: 96-102, 2019. <https://www.niph.go.jp/journal/data-68-2-j68-2/> (最終アクセス : 2020.2.3)
27. 内閣府 (防災担当). 地方公共団体のための災害時受援体制に関するガイドライン. <http://www.bousai.go.jp/taisaku/chihogyomukeizoku/index.html> (最終アクセス : 2020.1.29)
28. 東京都保健福祉局. 医療機関における事業継続計画 (BCP) の策定について. <https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/smph/iryu/kyuukyuu/saigai/zigyokeizokukeikaku.html> (最終アクセス : 2020.5.21)
29. Toner E, Schoch-Spana M, Waldhorn R, et al. A Framework for Healthcare Disaster Resilience: A View to the Future. 2018. <http://www.centerforhealthsecurity.org/our-work/publications/a-framework-for-healthcare-disaster-resilience-a-view-to-the-future> (最終アクセス: 2019.11.8) (一般社団法人 Healthcare BCP コンソーシアム訳. 医療・介護における災害レジリエンスの枠組み: 将来展望、2019. <http://hcbcp.umin.jp/A%20Framework%20for%20Healthcare%20Disaster%20Resilience.pdf>, 最終アクセス : 2020.5.21)
30. 小井土雄一、本間正人、真瀬智彦、他. 東日本大震災と BCP. 救急医学 42: 1766-1771, 2018.
31. 中尾博之. 「地域一体型 BCP」という考え方. 救急医学 42: 1791-1796, 2018.
32. Zhong S, Clark M, Hou XY, et al. Development of hospital disaster resilience: conceptual framework and potential measurement. Emerg Med J 31: 930-938, 2014.
33. Braun BI, Wineman NV, Finn NL. Integrating hospitals into community emergency preparedness planning. Ann Intern Med 144: 799-811, 2006.
34. Bruneau M, Chang SE, Eguchi RT, et al. A framework to quantitatively assess and enhance the seismic resilience of communities. Earthquake Spectra 19: 733-752, 2003.
35. 河田恵昭. 災害発生を前提とした縮災 : 危機管理の切り札に. 日経グローバル 360: 38-39, 2019.

36. 労働者健康安全機構. 災害に強い地域づくりを目指す労災病院. 令和元年度 労働者健康安全機構
プロジェクト報告書、令和2年（2020年）3月. <https://www.johas.go.jp/kiko/tabid/1713/Default.aspx>
(最終アクセス：2020.5.22)

Healthcare BCP 機能評価

(Version 2.1)

調査票

評価の視点と要素

2020年5月31日版

一般社団法人 Healthcare BCP コンソーシアム
ワーキンググループ

1 病院としての機能存続と地域におけるリーダーシップ

1.1 災害への備えを進めるための組織体制が充実している

適切 要検討 要改善

→地域（圏域）で求められる医療機能に応じた災害拠点病院の機能・役割を発揮する体制であることを評価する。

→地域（圏域）における医療機能：①高度急性期・急性期病院（二次医療圏）および②地域密着型病院（市区町村の医療圏・地域包括ケアの圏域）

1.1.1 災害拠点病院の基準に準じた組織体制

a b c

- ① 災害対策の観点からの組織図
- ② 災害対策を継続的に検討する担当部署または委員会
- ③ 災害対策専任の事務員ないし救急救命士等の配置
- ④ 職員の招集率調査と出勤手段の確保／職員の緊急参集計画
- ⑤ 院長等の管理責任者不在の場合の代行順位（例：夜間非常勤のみの場合）
- ⑥ ライフライン途絶時の対策（非常用発電機の容量、貯水槽容量・二系統送水管施設、LPG 使用の工夫）

→【参考】「病院の耐震化率」、「複数の災害時の通信手段の確保率」：災害時における体制構築に係る現状把握のための指標例（厚生労働省第7次医療計画[災害医療]）

1.1.2 病院で勤務する全職員（委託業者を含む）を対象とした教育・研修

a b c

- ① 非常勤職員も対象職員に含まれている
- ② 教育・研修実施記録（年間2回以上）

1.1.3 地域の関連組織との取り決め

a b c

- ① 地域自治体、消防団等地域防災組織との災害時応急措置の取決め
- ② 委託業者（例：医療事務、検査、給食、医薬品、医療機器）との災害対応の取り決め（緊急搬送等）
- ③ 食糧・燃料等の備蓄、ライフラインの確保

1.2 病院機能の存続計画（業務継続計画）の実効性が担保されている

適切 要検討 要改善

→病院機能の存続計画（業務継続計画）に基づく訓練の定期的な実施及び検証等により、実効性が担保されていることを評価する。

1.2.1 実践的訓練の実施（委託業者・地域住民等を含む）

a b c

- ① 訓練の計画・実施記録
- ② 参加者の確認（委託業者・地域住民）

1.2.2 防災消防計画、保健医療計画（都道府県・市区町村）との整合性

a b c

- ① 防災消防計画・保健医療計画を整理している
- ② 課題を理解している

1.2.3 病院機能の存続計画（業務継続計画）の必要に応じた見直しの体制

a b c

- ① これまでの改定歴
- ② 現在の改定方針・検討実績

1.3 自院が対象とする圏域を把握している 適切 要検討 要改善

→圏域の理解は、病院の中核的なテーマである。日常診療圏の分析に基づき、災害拠点病院としてのカバーすべき実際の圏域（複数の自治体を含む場合もある）を定め、その圏域の医療状況を把握していることを評価する。

1.3.1 受療動向分析からの日常診療圏の把握（例：医事データの活用）

a b c

- ① 日常診療圏分析に関する集計表
- ② 分析結果に基づく課題の整理

1.3.2 制度上の圏域と受療動向からみた実態としての圏域の異同の確認

a b c

- ① 災害時の医療需要のシミュレーション（災害タイプ・時間帯・交通手段途絶）
- ② 課題の抽出
- ③ 制度上の圏域の違いに基づく課題の整理

1.3.3 診療圏を把握する方法の確認(客観的なデータの活用) a b c

- ① 現在の診療圏分析方法に関する課題
- ② 診療圏を把握する新たな方法の検討

2 災害への備えとしての「医療・介護連携」の推進支援

2.1 圏域内の「医療・介護連携」の強化を促すための院内体制が構築されている

適切 要検討 要改善

→本項目では「院内体制」のみを評価する（内容は2.2以降で評価する）。災害時の連携の程度は、平時の医療介護関連組織（医療と介護の連携に関する諸組織）との連携の在り方が反映するため、救急部門と地域連携部門（救急部門・ソーシャルワーカー等）の日常での役割等を評価する。

2.1.1 地域連携に関する組織体制の整備

a b c

- ① 救急部門等（総合診療部門を含む）：地域連携関連部門との密接な関連
- ② 地域連携機能を担う部門（例：地域連携室）：職員配置と災害対策の位置づけ

2.1.2 災害対策に関する担当部署・委員会における地域連携部門の位置づけ

a b c

- ① 救急部門：災害対策に関する担当部署・委員会における立場
- ② 地域連携部門：災害対策に関する担当部署・委員会における役割

2.2 圏域内の医療関連団体との連携の機会を活用し、災害への備えに関して啓発している

適切 要検討 要改善

→圏域の医師会、看護協会、薬剤師会、病院団体や医療・介護に関する公的協議会などを通して、また平時の病病連携・病診連携を通して、積極的に災害医療に関する検討を促す災害拠点病院の姿勢を評価する。

→【参考】「転送搬送の受入・実施件数」、「2次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会や多職種連携会議等の開催回数」：救急医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（厚生労働省医療計画[救急医療]検討会資料2019年11月28日）

2.2.1 医師会と病院団体との連携状況

a b c

- ① 地区医師会
- ② 病院団体・医療関連組織
- ③ 参画する団体の拡大への努力

→高度急性期・急性期病院：（1）二次医療圏レベルでの連携状況、（2）救急医療協議会での活動を追加的に確認する。

2.2.2 平時の病病連携・病診連携を通じた取り組み a b c

- ① 高度急性期・急性期病院：二次医療圏から受け入れた高齢救急患者を、地域密着型病院へ転送する取り組みと実績（後方連携）。その場合の災害への備えに関する啓発の取り組み（災害に関する具体的内容は2.3で評価）。
- ② 地域密着型病院：（1）在宅復帰・在宅医療支援、（2）リハビリテーション機能、（3）看取りを含めた終末期医療の機能について、介護関連組織との連携の取り組み。介護関連組織からの患者の受け入れ（前方連携）、地域関連施設職員を交えた多職種による退院前カンファレンス、介護関連組織への逆紹介（後方連携）。その場合の災害への備えに関する啓発の取り組み（災害に関する具体的内容は2.3で評価）。

2.3 医療介護組織が主体的に災害医療について啓発する活動を支援している

適切 要検討 要改善

→医療と介護の連携に関する諸組織（医療または介護を提供する施設、およびそれらの連携に関する組織）へ、積極的に災害医療に関する対策の検討を促す災害拠点病院の姿勢を評価する。

→医療・介護組織へのBCP策定と訓練実施の勧奨を含む

→【参考】「災害拠点病院以外の病院における業務継続計画の策定率」、「病院の耐震化率」：災害時における体制構築に係る現状把握のための指標例（厚生労働省第7次医療計画[災害医療]）

→【先進事例】八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会（厚生労働省医療計画[救急医療]検討会資料2019年11月28日）

2.3.1 病院から医療介護関連組織への、災害医療に関する研修会の開催や支援（研修例：救急対応、心肺蘇生、重症度・緊急度） a b c

- ① 研修会
- ② 支援
- ③ 参画する組織の拡大への努力

→高度急性期・急性期病院：（1）二次医療圏レベルでの連携状況、（2）救急医療協会での取り組み、（3）地域医療構想調整会議での取り組みを、追加的に確認する。

2.3.2 医療介護関連組織が開催する災害医療に関する検討会・研修会等への参画 a b c

- ① 関連研修（例：地域保健・福祉の災害対応標準化トレーニングコース BHELP）
- ② 医療と介護の連携に関する諸会議への災害拠点病院の立場からの参画
- ③ 被災時の医療派遣（次に例示）に関する情報提供
 - DMAT: Disaster Medical Assistance Team（災害派遣医療チーム）
 - DPAT: Disaster Psychiatric Assistance Team（災害派遣精神医療チーム）
 - JMAT: Japan Medical Association Team（日本医師会災害医療チーム）
 - 日本赤十字社国内災害救護における医療救護
 - AMAT: ALL Japan Hospital Medical Assistance Team（全日本病院協会災害時医療支援活動班）

3 地域における防災力の向上への支援

3.1 地域防災力の向上へのリーダーシップが発揮されるための院内体制の構築

適切 要検討 要改善

→地域防災力に関連する組織（基層）との連携を進める「院内体制」のみを評価する（内容は3.2～3.3で評価する）。対象となる組織は、病院の委託業者はもとより、自治体関係部門、指定公共機関、医薬品・医療機器関連企業、そして消防団等の地域の防災・災害対応組織等。

3.1.1 日頃関係のある組織との連携の担当部署 a b c

- ① 医薬品・医療機器関連組織
- ② その他、委託・納入業者
- ③ 指定公共機関（電気・上下水道など）
- ④ 地域防災・災害対応組織（メディカルコントロール協議会）
- ⑤ 自治体関連組織（防災担当など）

3.1.2 日頃関係の薄い組織との連携の担当部署 a b c

- ① 地域防災・災害対応組織（例：消防署、地区防災組織、消防団）
- ② 社会福祉協議会（地域福祉の推進を図ることを目的とする民間団体）
- ③ 地区組織（民生委員、日本赤十字社の支部・地区・分区、厚生連 JA、済生会、産業保健総合支援センター地域窓口等）
- ④ ボランティア活動（地域赤十字奉仕団など）
- ⑤ その他

3.2 日頃関係のある組織との連携状況 適切 要検討 要改善

→被災時に医療機能を存続させるために不可欠であるライフライン等の確保に関する日ごろの準備（協定、協議や検討）を評価する。

→（1）委託・納入業者やライフライン関連機関などと直接行う場合と、（2）自治体などの関連組織を通して間接的に行う場合とがある。後者の場合は、協定内容や実効性の確認が必要。

→各組織へのBCP策定と訓練実施の勧奨を含む（入札要件化も検討事項）

3.2.1 メディカルコントロール協議会（消防防災部局） a b c

- ① 衛生主管部局との連絡・調整
- ② 地域包括ケアシステム（日常生活圏域）との連絡・調整
- ③ 福祉システム（福祉圏域）との連絡・調整

3.2.2 その他の日常関連のある組織 a b c

- ① 委託・納入業者（例：被災時の納入計画の策定、入札時の条件化）
- ② 医薬品・医療機器関連組織（卸売業、医薬品・医療機器・検査機器企業等）
- ③ ライフラインに関連する指定公共機関（電気、ガス、上下水道、石油、道路、通信、運送事業者、小売業の一部）
- ④ 自治体関連組織（例：圏域の自治体の防災担当）
- ⑤ 保健医療調整本部担当部局・災害医療コーディネーター
- ⑥ DHEAT：Disaster Health Emergency Assistance Team（災害時健康危機管理支援チーム）

3.3 日頃関係の薄い組織との連携状況 適切 要検討 要改善

→地域においては、医療とは日頃関係の薄い組織や領域において、防災・減災の取り組みが進んでいる。病院は、日頃から意識して、これらの取り組みを把握し、積極的に参画することが望ましい。

→リスクコミュニケーション：防災訓練の「見学」を促すという事例（病院探検隊、病院の現状と限界の理解を深めてもらう）。

→【先進事例】八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会（厚生労働省医療計画[救急医療]検討会資料 2019年11月28日）では、八王子市の町会自治会連合会、赤十字奉仕団、民生委員児童委員会、社会福祉協議会が参画している。

3.3.1 地域防災・災害対応組織（例：消防署、地区防災組織、消防団）

a b c

- ① 地域密着型病院が、地域防災・災害対応組織に対して、地域包括支援センター・ケアマネジャーと連携することを推奨している。

→平成30年7月豪雨を踏まえた水害・土砂災害からの避難のあり方について（報告）（平成30年12月26日公表）では、防災・減災への取り組み実施機関と地域包括支援センター・ケアマネジャーが連携し、水害からの高齢者の避難行動の理解促進に向けた取り組みの実施を推奨

3.3.2 地区組織

a b c

- ① 民生委員等の地域を代表する地区組織との連動支援など

→【参考例】日本赤十字社の支部・地区・分区、厚生連JA、済生会

→【参考例】地区医師会にある産業保健総合支援センター地域窓口の活用など

3.3.3 社会福祉協議会（地域福祉の推進を図ることを目的とする民間団体）

a b c

- ① メディカルコントロール協議会との連動支援など

3.3.4 ボランティア活動

a b c

- ① 災害ボランティア組織との連動支援など

→【参考例】地域赤十字奉仕団、青年赤十字奉仕団、特殊赤十字奉仕団

用語の定義と本評価項目の構造について

1. 目的（暫定）

「災害時において地域の福祉～医療機能を存続させる」ことを目的として、災害拠点病院の地域諸事業およびその連合体機能との連携のあり方について評価すること。

2. 用語の定義と解説

1) 地域と地区

圏域の理解は、病院の中核的なテーマである。本評価の対象域を、災害拠点病院の「圏域」（日常診療圏）とする（地域＝圏域）。各圏域には複数の「地区」（まとまりの単位）があり、重層的であることが一般的である。また実際の診療圏から想定する圏域には、隣接する自治体の地区が含まれる場合も少なくない。本評価を通じて、災害拠点病院が実際の圏域を把握する機会となることを願う（1.3参照）。

2) 医療と介護の連携に関する諸組織（「医療介護関連組織」層）

医療または介護を提供する施設、およびそれらの連携に関する組織を示す。災害拠点病院の機能を発揮するためには、災害時における医療介護関連組織の役割も大きい。災害拠点病院は、医療介護関連組織が平時から災害対策を進めることを支援することが求められる（2.1～2.3参照）。

3) 地域における防災力を担う組織（基層）

地域防災力を高める上での「基層」の相手方を想定した概念である。病院の委託業者はもとより、自治体関係部門、指定公共機関、医薬品・医療機器関連企業、そして消防団等の地域の防災・災害対応組織等を意味する（医療と介護の連携に関する諸組織を除く）。組織化されていない場合がほとんどであり、またその構成や規模は各地域・各病院で多様であると考えられる。本評価を通じて、災害拠点病院が地域防災力を高める基層との交流が深まる機会となることを願う（参照：3.1～3.3）。

4) 指定行政機関

災害対策基本法に基づく行政機関で、内閣府、国家公安委員会、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、消防庁、法務省、外務省、財務省、文部科学省、文化庁、厚生労働省、農林水産省、経済産業省、資源エネルギー庁、中小企業庁、国土交通省、国土地理院、気象庁、海上保安庁、環境省、原子力規制委員会、防衛省の24機関が指定されている。

5) 指定公共機関

災害対策基本法に基づき、国や地方公共団体と協力して緊急事態などに対処する非行政機関で、内閣府の防災情報のページで公表されている（http://www.bousai.go.jp/taisaku/soshiki/s_koukyou.html）。一部の国立研究開発法人・独立行政法人・公益社団法人の他、日本銀行、日本赤十字社、日本放送協会、そしてライフライン関連企業（電気、ガス、上下水道、石油、道路、通信、運送事業者、小売業の一部）で構成されている。医療関係では、日本赤十字社の病院、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人地域医療機能推進機構、および公益社団法人日本医師会が指定されている。

6) 避難行動要支援者

高齢者、障害者、乳幼児等の防災施策において特に配慮を要する者（要配慮者）のうち、災害発生時の避難等に特に支援を要する者（参考：<http://www.bousai.go.jp/taisaku/hisai syagyousei/youengosya/>）を意味する。

7) 「地区防災計画」

災害対策基本法に基づき、市町村内の一定の地区の居住者及び事業者が共同して行う当該地区における自発的な防災活動に関する計画である。従来、防災計画としては国レベルの総合的かつ長期的な計画である防災基本計画と、地方レベルの都道府県及び市町村の地域防災計画を定め、各レベルで防災活動を実施してきた。東日本大震災において、自助、共助及び公助が連携することによって大規模広域災害後の災害対策がうまく働くことが強く認識され、これまでのトップダウンによる災害対策に加え、ボトムアップ型の地区防災計画制度が新たに創設された（平成 26 年 4 月）。地域コミュニティにおける共助による自発的な防災活動を自治体の地域防災計画に盛り込む制度で、地区防災計画を策定する主体は、町内会や団地協議会など多様である。

3. 災害のタイプと重視される領域（表 1 および図 1 参照）

国内外での経験を踏まえ、本評価では災害を 3 タイプに分類し、各タイプで重視される領域（分野）を評価項目とした。災害拠点病院は、院内の防災対策・災害医療の備えだけでなく、被災時に求められる各領域（分野）の現状を把握し、圏域においてその醸成を図ることが求められる。

表 1. 災害のタイプと特徴

タイプ	災害レベル*	特徴	重視される領域（分野）
I 災害拠点病院も被災	3C（病院機能停止・入院患者避難）	当該地域の医療機能の壊滅的な低下	・全国規模の支援
II 地域の医療機能一部被災（機能低下）	3B（病院機能に一部支障あり）	地域での救急患者の一時的な増加	・医療と介護の連携に関する諸組織**間での連携 ・地域の防災力
III 地域の医療機能残存	III-1 2（大事故）～ 3A（病院機能に支障なし）	地域の複数の医療機関で対応可能	・災害拠点病院間での連携 ・医療と介護の連携に関する諸組織**間での連携
	III-2 0～1（事故）	医療機関で対応可能	・日常的な医療・介護連携

*厚生労働省医政局指導課「病院における BCP の考え方に基づいた災害対策マニュアルについて（BCP の考え方に基づいた病院災害対応計画作成の手引き）」（平成 25 年 9 月 4 日）

**医療と介護の連携に関する諸組織：医療または介護を提供する施設、およびそれらの連携に関する組織（「医療介護関連組織」）

付録

災害に強い地域づくりを目指すための 補足的チェックリスト

最初の評価項目で開発したが、評価領域を簡素化して焦点をあてるため、ピアレビューの時間配分なども勘案し、現行の評価項目（version 2.0以降）では削除した項目を、補足項目として示す。

付録：災害に強い地域づくりを目指すための補足的なチェックリスト

SA. 地区防災計画と地域包括ケアとの連動の把握と支援

- SA. 1. 災害への備えとなる「日常」の取り組み
 - SA. 1. 1. 災害拠点病院は、超高齢化社会における周死期への対応に関する方針を院内で策定している
 - SA. 1. 2. 地域における単身高齢者の増加に対応すべく、災害の備えとして単身高齢者等の周死期の在り方を考え・明示する仕組みを整備することを地域(地方公共団体、医療・介護施設、ボランティア等)に促している
- SA. 2. 「災害時」のための取り組み
 - SA. 2. 1. タイムライン・避難指示が発動されたときの単身高齢者を含む避難行動要支援者に対する備えを構築することを地域に促している
 - SA. 2. 2. 大規模災害時に、慢性疾患患者や単身高齢者を含む避難行動要支援者が、別の場所で医療を受ける備えを構築することを促している
 - SA. 2. 3. 避難所に関する具体的な計画を策定することを促している
 - SA. 2. 4. 仮設住宅に関する具体的な医療支援計画を策定することを促している
- SA. 3. 復興・復旧を念頭においた取り組み
 - SA. 3. 1. 地域の自立を支援する観点での備えがなされている
 - SA. 3. 2. 地域住民や関係者のメンタルヘルスの状態の把握と個別的な対策の備えがなされている

SB. 医療機関の被災の程度に応じた地域としての方針の明確化

- SB. 1. 全ての災害に共通した方針の明確化
 - SB. 1. 1. 災害発生時の地域の医療機関に関する情報システムが圏域で整備されている
 - SB. 1. 2. 災害発生後の圏域での意思決定に関するシステムが整備されている
 - SB. 1. 3. 圏域の病院機能を維持するためのライフライン確保の手順がある
 - SB. 1. 4. 圏域外からの受援に関する基本方針があり、広く周知されている
 - SB. 1. 5. 圏域内外への派遣に関する基本方針があり、広く周知されている
- SB. 2. タイプ I：災害拠点病院の機能が低下・停止する場合の方針の明確化
 - SB. 2. 1. 受援体制に関する基本的な方針を策定している
 - SB. 2. 2. 災害拠点病院間での連携・被災時の協力体制に関する方針を策定している
 - SB. 2. 3. 災害拠点病院がイニシアティブをとり、他の地区ないし圏域における医療介護関連組織の間での連携・被災時の協力体制に関する方針を策定している
 - SB. 2. 4. 災害拠点病院がイニシアティブをとり、災害に強い地域づくりを進める他の地区ないし圏域における組織との連携・被災時の協力体制に関する方針を策定している
- SB. 3. タイプ II：地域の医療機関が被災し、医療機能が低下した場合の方針の明確化
 - SB. 3. 1. 平時の医療・介護連携を活用して地区内の医療機関・介護施設等との連携体制の構築を促している
 - SB. 3. 2. 他の地区ないし圏域における医療介護関連組織からの協力が得られる仕組みの構築を促している
 - SB. 3. 3. 災害に強い地域づくりの文化の醸成を促している
 - SB. 3. 4. 受援体制に関する基本的な方針を策定している
- SB. 4. タイプ III-1：複雑な集団災害事象が発生した場合の方針の明確化
 - SB. 4. 1. 複雑な集団災害事象への対応可能性の把握に努めている。
 - SB. 4. 2. 災害拠点病院は、他圏域の災害拠点病院や特定機能病院等の高度専門医療機関との連携を図っている
 - SB. 4. 3. 各地区における医療・介護連携の状況を把握し、複数の地区の医療介護関連組織の間での交流を促している
- SB. 5. タイプ III-2：災害後に医療機能が残存している場合の方針の明確化
 - SB. 5. 1. 各医療機関に対して、マニュアルを整備し、職員に周知することを促している
 - SB. 5. 2. 圏域における各地区の日常的な医療・介護連携の状況を把握している

1 地区防災計画と地域包括ケアとの連動の把握と支援

1.1 災害への備えとなる「日常」の取り組み

1.1.1 災害拠点病院は、超高齢化社会における周死期への対応に関する方針を院内で策定している

【評価の視点・要素】

○避難行動要支援者のうち、超高齢化社会の課題である単身高齢者の周死期の問題が、日常の救急医療等の現場で認識されている。「周死期」とは、死亡およびその周辺領域と暫定的に定義されており、医療機関への搬送中の死亡、遺体の病床から霊安室・医療機関外への搬送、在宅死などのテーマを含む。住民における単身高齢者割合が高まっており、災害拠点病院が、日常診療において、単身高齢者等の周死期への対応に関する方針を院内で検討しているかを評価する。「任意後見人制度」とは、成年後見制度の1類型で、将来の後見人の候補者を本人があらかじめ選任する公正証書による契約の仕組みを指す。

- 単身高齢者の意思を確認する仕組み
- 任意後見制度等の紹介
- 死後の手続きに関する現状の確認と理解

1.1.2 地域における単身高齢者の増加に対応すべく、災害の備えとして単身高齢者等の周死期の在り方を考え・明示する仕組みを整備することを地域(地方公共団体、医療・介護施設、ボランティア等)に促している

【評価の視点・要素】

○新しいテーマであり、実施・検討している事例はモデル地区となろう。災害時に急増する慢性疾患患者への対応の在り方、単身高齢者を含む避難行動要支援者への支援の在り方を、圏域で整備する必要性を啓発し、整備を促す災害拠点病院の姿勢を評価する。なお、周死期に求められているサービスは、日常生活支援／身元保証／死後事務支援の3要素と整理され、任意後見制度を活用する事例もみられる。これらのサービスを介護保険外サービスとして提供する「身元保証等高齢者サポート事業」の組織が増加している。

- 地域における日常生活支援の在り方
- 地域における任意後見制度の活用等、身元保証の在り方
- 地域における死後の事務手続きの在り方
- モデル地区の地域関係組織との連携や行政への提案

1.2 「災害時」のための取り組み

1.2.1 タイムライン・避難指示が発動されたときの単身高齢者を含む避難行動要支援者に対する備えを構築することを地域に促している

【評価の視点・要素】

○災害拠点病院は、モデル地区において、タイムライン・避難指示が発動されたときの単身高齢者を含

む避難行動要支援者への支援計画等の実効性を確認していることを評価する。主に医療支援が必要な避難行動要支援者を対象とするが、被災後に災害拠点病院を受療する多くの要介護者が観察されている。

- 単身高齢者を含む避難行動要支援者へのタイムラインの策定・周知・訓練
- 特に、平時からの避難行動要支援者の把握や関係者への周知

1.2.2 大規模災害時に、慢性疾患患者や単身高齢者を含む避難行動要支援者が、別の場所で医療を受ける備えを構築することを促している

【評価の視点・要素】

○大規模災害で患者が日常診療を受けている医療介護関連組織が被災した場合、また住民避難を余儀なくされた場合、慢性疾患患者や単身高齢者を含む避難行動要支援者は日常とは異なる医療介護関連組織で医療・介護を受けることになる。この事態への備えの構築を、災害拠点病院が促す姿勢を評価する。

- 地元町会や自治会との訓練
- 慢性疾患患者や単身高齢者を含む避難行動要支援者が携帯できる診療情報（患者手帳・お薬手帳等）の用意
- 医療機関に慢性疾患患者が殺到しないための地域での工夫・計画
- 防災計画等の災害医療計画による他地域との医療・介護支援に関する取り決め

1.2.3 避難所に関する具体的な計画を策定することを促している

【評価の視点・要素】

○災害拠点病院が、災害時に選定される避難所における医療活動の準備がなされているかを確認する姿勢を評価する。

- 医療活動を行う避難所となる場所の確認と周知
- 必要な医療支援の準備（例：トイレ、プライバシー、衛生、応急手当資器材食事）

1.2.4 仮設住宅に関する具体的な医療支援計画を策定することを促している

【評価の視点・要素】

○仮設住宅を利用する住民へは、継続的な医療支援が必要になる。災害後に作られる仮設住宅において、発生する可能性の高い次の医療上の課題への対策に関する検討を、仮設住宅の整備・運営する組織へ促す災害拠点病院の姿勢を評価する。

- 生活上の問題（生活環境問題[交通の不便さ、仮設住宅内の劣悪な環境、家族の離散]および経済的問題[収入低下による生活費不足]）
- 身体的問題（例：血圧上昇、疼痛増加、体重増加）
- 精神的問題（例：精神疾患、ストレス増加、不眠）
- 社会的問題（例：人間関係希薄化、社会活動参加低下、周囲のサポート不足）

1.3 復興・復旧を念頭においた取り組み

1.3.1 地域の自立を支援する観点での備えがなされている

【評価の視点・要素】

○支援側であれ、受援側であれ、いずれいなくなることを前提とした一時的な活動である。一方、超高齢化に関する問題や過疎化や格差など、被災を契機に当該地域のもつ課題が顕在化することは少なくなく、地域の自立を支援する観点での備えの姿勢を評価する。

- 災害対策本部ないし保健医療調整本部が活用する災害時診療概況報告システム（Surveillance in Post Extreme Emergencies and Disasters, Japan version: J-SPEED）で得られるリアルタイムの診療情報を得られる体制
- 診療圏の地域の課題の把握と自治体関係者との意見交換

1.3.2 地域住民や関係者のメンタルヘルスの状態の把握と個別的な対策の備えがなされている

【評価の視点・要素】

○災害は関係者のメンタルヘルスに影響を及ぼす。関係機関への情報提供を行う体制を評価する。

- 住民およびフロントラインの関係者（警察・消防・自衛隊など）
- 自治体職員（例：被災家族を持ちながらの対応、長期にわたる復興業務）

2 医療機関の被災の程度に応じた地域としての方針の明確化

表 2. 災害のタイプによる地域で求められる方針

タイプ		災害拠点病院間	医療・介護連携	地域の防災力
I. 災害拠点病院も被災		全国規模の支援・受援		
II. 地域の医療機能低下		—	医療と介護の連携に関する諸組織*間での連携	地域の防災力
III. 地域医療機能残存	III -1	災害拠点病院間の連携	医療と介護の連携に関する諸組織*間での連携	—
	III -2	—	日常的な医療・介護連携	—

*医療と介護の連携に関する諸組織（医療介護関連組織）：医療または介護を提供する施設、およびそれらの連携に関する組織

2.1 全ての災害に共通した方針の明確化

2.1.1 災害発生時の地域の医療機関に関する情報システムが圏域で整備されている

【評価の視点・要素】

○圏域における災害発生時の情報の収集・集約・共有に関して、災害拠点病院が集約した情報内容から評価する。「圏域」には日常診療における受療圏（1.1.4）を含むため、必ずしも災害拠点病院の所在する自治体の情報に限らない（4.1.1～4.1.5 共通）。

- 自治体の地域防災計画に基づく災害情報連絡体制
- EMIS の入力・活用
- 災害時診療概況報告システム（Surveillance in Post Extreme Emergencies and Disasters, Japan version: J-SPEED）の活用
- 医療法人間の情報体制
- 大学系列、医療グループ系列での情報体制
- 病院独自の災害情報収集体制（高所見張り、参集者からの情報、災害時事業連合体からの情報）

2.1.2 災害発生後の圏域での意思決定に関するシステムが整備されている

【評価の視点・要素】

○圏域における災害発生時の意思決定に関して、災害拠点病院が集約した情報から評価する。災害拠点病院から関係機関に働きかけを評価する。

- 自治体の地域防災計画に基づく指揮命令体制
- 災害発生時の地域における指揮命令系統
- 地域における災害対策本部・連絡先
- 傷病者移送連絡体制機能
- 他機関被災情報の把握機能：EMIS および災害時診療概況報告システム（Surveillance in Post Extreme Emergencies and Disasters, Japan version: J-SPEED）の活用
- 受入患者に係る役割分担調整機能

- 近隣医療機関、介護施設等との人的・物的支援体制

2.1.3 圏域の病院機能を維持するためのライフライン確保の手順がある

【評価の視点・要素】

○圏域における災害発生時に、災害拠点病院の機能および圏域の医療機能の維持のためのライフラインの確保に関する計画等に関する情報から評価する。

- 自治体の地域防災計画に基づく緊急支援物資配布計画・調達計画
- 自治体の地域防災計画に基づく道路啓開計画、給水計画等
- 災害時事業連合体の組織の災害時 BCP の内容
- 自家発電支援、燃料、受水槽、雑用水道 [井戸]、下水、ガス、医療ガス、食料飲料水、医薬品、通信、エレベータ)
- 仮設トイレ
- 医療廃棄物
- 鉄道の復旧
- コンビニの復旧

2.1.4 圏域外からの受援に関する基本方針があり、広く周知されている

【評価の視点・要素】

○被災地外からの医療支援チーム受入決定体制と受援計画の内容を評価する。病院単独での方針のみならず、行政と共有されている等、圏域での方針であることが望ましい。

- 大学系列、医療グループ系列での情報体制
- 例：DMAT（災害派遣医療チーム）、DPAT（災害派遣精神医療チーム）、JMAT（日本医師会災害医療チーム）、日本赤十字社国内災害救護における医療救護、AMAT（全日本病院協会災害時医療支援活動班）、DHEAT（災害時健康危機管理支援チーム）、医療救護班、医療ボランティア
- 例：ホテル業界等との事前協定（派遣メンバーの宿泊場所や移動手段の確保）

2.1.5 圏域内外への派遣に関する基本方針があり、広く周知されている

【評価の視点・要素】

○医療班の派遣について評価する。都道府県の策定する医療計画との整合性が行政と共有されているかなどについても評価する。

- 規定、訓練
- 派遣決定方法 派遣チームの身分 災害補償
- 派遣チームの装備 派遣支援本部の設置の有無

2.2 タイプ I：災害拠点病院の機能が低下・停止する場合の方針の明確化

2.2.1 受援体制に関する基本的な方針を策定している

【評価の視点・要素】

○タイプⅢでは災害拠点病院の医療機能が低下するため、全国的なコーディネーションが必要となる。

- 4.1.4 の評価結果
- 患者情報の共有の方針
- 各地区の医療介護関連組織の災害時の方針
- 医師会との取り決め(被災地域内での医療の役割分担と支援の取決め等)
- 自治体との取り決め
- 医療支援情報の対外的発信(EMISS)

2.2.2 災害拠点病院間での連携・被災時の協力体制に関する方針を策定している

【評価の視点・要素】

- 協力体制の枠組み
- 定期的な交流・訓練
- 4.3.2 の評価結果
- 患者情報の共有

2.2.3 災害拠点病院がイニシアティブをとり、他の地区ないし圏域における医療介護関連組織の間での連携・被災時の協力体制に関する方針を策定している

【評価の視点・要素】

- 協力体制の枠組み
- 定期的な交流・訓練
- 患者情報の共有
- 患者移送手段の取決め

2.2.4 災害拠点病院がイニシアティブをとり、災害に強い地域づくりを進める他の地区ないし圏域における連携・被災時の協力体制に関する方針を策定している

【評価の視点・要素】

- 協力体制の枠組み
- 定期的な交流・訓練
- 患者情報の共有
- 患者移送手段の取決め

2.3 タイプⅡ：地域の医療機関が被災し、医療機能が低下した場合の方針の明確化

2.3.1 平時の医療・介護連携を活用して地区内の医療機関・介護施設等との連携体制の構築を促している

【評価の視点・要素】

○タイプⅡでは、災害拠点病院では、高度救命救急医療ニーズ等、救急患者が一時的に急増する。その

ニーズに対応するためにも、慢性疾患患者や腎透析患者やインスリン療法を受けている患者を圏域での医療機関が受け入れるか等の方針の策定が不可欠である。タイプⅡの場合を想定した災害拠点病院の対策の方針を評価する。

- 慢性疾患のために継続的な治療を受けている住民が、被災後に医療機関に押し寄せる場合への対応方針の圏域の医療機関との受入方針の共有
- 腎透析患者やインスリン療法を受けている患者の圏域での受け入れ態勢の対応方針と医療機関との方針の共有
- 患者情報の共有についての工夫
- 地域防災計画等における自治体の地域内医療対策（例：災害弱者に対する対応）

2.3.2 他の地区ないし圏域における医療介護関連組織からの協力が得られる仕組みの構築を促している

【評価の視点・要素】

○各地区の医療介護関連組織が、被災時に他地区と横断的に協力をしあえる仕組みを、災害拠点病院が把握・促進していることを評価する（参考：1.2.2 および 3.3.3 の評価結果）。

- 複数地区の医療介護関連組織での交流の場・被災時の取り決め・協定
- 1.2.2 および 4.3.3 の評価結果
- 災害拠点病院としての理想的な機能（先進事例を積み重ねる）
- 平時における他地区の医療・介護連携による患者受入の状況と災害時の対応の可能性

2.3.3 災害に強い地域づくりの文化の醸成を促している

【評価の視点・要素】

○被災した医療機関の医療機能が早急に復旧するためには、日ごろから災害拠点病院が災害に強い地域づくりの文化の醸成を促し、被災時に地区内での連携を図る圏域づくりを目指す必要がある。災害拠点病院の地域防災力の強化への取り組みを評価する（参考：2.1.1～2.1.4 の評価結果）。

- 災害拠点病院としての理想的な機能（先進事例を積み重ねる）
- 病院被災状況に関する地域への情報発信・方針検討方法

2.3.4 受援体制に関する基本的な方針を策定している

【評価の視点・要素】

○各地区の医療介護関連組織が、被災時に横断的に他地区と協力をしあえる仕組みを、災害拠点病院が把握・促進していることを評価する。

- 4.1.4 の評価結果
- 災害時医療コーディネーターの設置
- 複数地区での交流の場・被災時の取り決め・協定
- 医師会での取り決め（被災地域内での医療の役割分担と支援の取り決め等）
- 大学系列、医療グループ系列での方針

2.4 タイプ III-1：複雑な集団災害事象が発生した場合の方針の明確化

2.4.1 複雑な集団災害事象への対応可能性の把握に努めている

【評価の視点・要素】

○タイプ I-2 で想定している爆発事件、限局的なバイオテロ（サリン事件等）、致死的感染症の限局的アウトブレイクでは、複数医療機関での外傷治療・救命救急等の負荷が増加する可能性が高い。地域での医療機能は残存しているものの、高度な専門医療・救急医療が必要となる場合がある。これらの事象への対応可能性を把握する姿勢を評価する。

- 消防本部と連携した多数傷病者事故時の収容医療機関確保対策の策定
- 医療機関端末による収容可否情報の把握システム
- 複雑な集団災害事象に関する職員教育の有無
- 複雑な集団災害事象に対応する医療資器材の備蓄
- 複雑な集団災害事象への対応マニュアルの作成

2.4.2 災害拠点病院は、他圏域の災害拠点病院や特定機能病院等の高度専門医療機関との連携を図っている

【評価の視点・要素】

○このタイプでは、日常的な他圏域の災害拠点病院等との連携が求められる。災害拠点病院が、他圏域の災害拠点病院・特定機能病院等の高度専門医療機関との連携に努めている姿勢を評価する。

- CBRNE 災害の各特殊災害に対応可能な医療機関の把握（CBRNE: chemical, biological, radiological, nuclear, explosive）
- 患者搬送手段の確保
- 1.1.5 の評価結果

2.4.3 各地区における医療・介護連携の状況を把握し、複数の地区の医療介護関連組織の間での交流を促している

【評価の視点・要素】

○このタイプでは、複数地区での医療介護関連組織との協力体制を確保しておく必要がある（参考：1.2.2 の評価結果）。災害拠点病院が、各地区での医療・介護連携の状況を把握した上で、複数の医療介護関連組織における連携を促していることを評価する。

- 圏域内での医療と介護の連携に関する諸組織の交流の促進
- 患者等情報共有体制の有無

2.5 タイプ III-2：災害後に医療機能が残存している場合の方針の明確化

2.5.1 各医療機関に対して、マニュアルを整備し、職員に周知することを促している

【評価の視点・要素】

○タイプ I-1 では、災害での被災者への医療・介護提供が、少数の病院に限局している場合の災害拠点病院および医療計画における方針を評価する。また、災害拠点病院が、各医療介護関連組織に対して、災害への備えを促していることを評価する（参考：1.2.1 の評価結果）。

- 災害拠点病院の災害対応マニュアル・火災時の防災マニュアルの整備状況
- 災害時医療支援チームの派遣体制の有無
- マニュアル・派遣体制の見直し・改定の状況
- 大規模事故等に関する地域防災計画の理解

2.5.2 圏域における各地区の日常的な医療・介護連携の状況を把握している

【評価の視点・要素】

○このタイプでは、圏域の医療・介護施設間での日常的な「連携」の程度が影響するため、災害拠点病院が、日常診療圏域での医療・介護連携の程度を把握していることを評価する（参考：1.2.2 および 1.2.3 の評価結果）。想定する対象は、地域医療計画、介護保険計画、障害福祉計画等に記載している医療・介護等の施設である。

- 患者の受入に関する方針
- 多数傷病者事故対応資器材の備蓄状況（トリアージカード、簡易ベッド等）
- 患者の他医療機関への移送に関する方針

Healthcare BCP 体制の構築に寄与する第三者評価方法の開発

—超高齢社会における災害医療拠点の役割—

初版：令和2年（2020年）5月21日

改定履歴：令和2年5月31日

一般社団法人 Healthcare BCP コンソーシアム